

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2025

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 3 juli 2025 inzake Onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties (Kamerstuk 31 765, nr. 937).

De vragen en opmerkingen zijn op 18 september 2025 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie****II. Reactie van de minister****I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake het “Onderhandelaarsakkoord, Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties” en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zoals bekend is zal de vraag naar zorg en ondersteuning de komende jaren blijven stijgen en zal het aanbod aan professionals niet meegroeien. Genoemde leden hebben kennisgenomen van de maatregelen die genomen worden om de arbeidsmarkttekorten af te wenden, maar missen hier nog een aantal essentiële zaken.

De loonkloof in de zorg bestaat immers nog steeds en er wordt niet actief aan gewerkt om deze weg te werken. Wat gaat de inzet van de minister zijn ten aanzien van deze loonkloof? De leden van de PVV-fractie zien dat er geïnvesteerd wordt in het opleiden van medisch specialisten via de subsidieregeling strategisch opleiden in de zorg en bijvoorbeeld het investeringsakkoord opleiden wijkverpleging (IOW) maar de uitwerking hiervan gaat met name naar medisch specialisten, niet naar verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden, die daadwerkelijk de zorg aan het bed of in de wijk leveren. En hoe zit het met het personeel in de gehandicaptenzorg, daaromtrent is het akelig stil. Hoe rijmt de minister dit met de situatie in de praktijk, waar vooral een schaarste is in laatstgenoemde functiegroepen? In het AZWA staat bijvoorbeeld geschreven “aandacht is nodig voor de verzorgende IG en opleiden van de praktijkondersteuner”, wat houdt die “aandacht” exact in? Want dit is toch niets nieuws? Al jaren is bekend dat er grote tekorten zijn aan deze functiegroepen, wat zijn de concrete acties om de capaciteit in bovengenoemde functiegroepen zo spoedig mogelijk te vergroten? In het AZWA, onder [B3, g] valt te lezen: “Partijen spreken af om aanvullende opleidingsplekken aan te bieden (waar nu geen ruimte voor is).” En ook “Partijen stellen in 2025 een lijst op welke vervolg -en strategische opleidingen dit precies betreft.” Genoemde leden vragen waarom dit nu pas gebeurt. En een lijst opstellen? We weten inmiddels toch waar de knelpunten zitten? Maar goed, wanneer kan de Kamer deze “lijst” dan verwachten? Genoemde leden zijn daarnaast vooral ook benieuwd naar welke zaken er zijn stopgezet of afgeschaald ten behoeve van de vermindering van de administratieve lasten, kan hier een overzicht van worden gemaakt? Met daarnaast de opbrengst van tijd en middelen?

Het betreurt de leden van de PVV-fractie dat er vanaf 1 juli jl. al geen aanvragen meer gedaan kunnen worden voor nieuwe snelle toetsen. Is er bij de toekenning ervan gekeken naar de meest essentiële en noodzakelijke, en naar diegene die de meeste impact zullen hebben?

Genoemde leden vragen de minister om bij de plannen die nog niet zijn goedgekeurd vanwege de uitputting van middelen, de meeste impact volle alsnog goed te keuren en een dekking te vinden. Immers moet men eerst zaaien, wil men kunnen oogsten.

De leden van de PVV-fractie zijn blij met de inspanning om de eerstelijnszorg te versterken en de toegang tot geneesmiddelen te willen verbeteren, maar willen wel benadrukken dat het realiseren van de extra inspanningen die van apothekers en andere zorgverleners worden gevraagd, alleen mogelijk is als het personeelstekort en de medicijntekorten daadwerkelijk worden teruggedrongen. Zonder voldoende gekwalificeerd personeel en een betrouwbare beschikbaarheid van geneesmiddelen, komt de uitvoering van de afspraken onder druk te staan. Wil en gaat de minister hier prioriteit aan geven?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van het onderhandelaarsakkoord van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en de voortgang van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Zij vinden het een goede zaak dat er, na lang onderhandelen, eindelijk een akkoord op tafel ligt waar zorgpartijen zich in kunnen vinden.

Allereerst hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie een aantal vragen over het onderhandelaarsakkoord van het AZWA. Naar aanleiding van het onderdeel “Afwenden van het arbeidsmarkttekort” stellen zij de volgende vragen. Deze leden vinden het toenemende arbeidsmarkttekort in de sector zorg en welzijn zeer zorgelijk. Genoemde leden lezen dat het doel van de AZWA is dat de administratietijd van een zorgverlener nog maximaal 20% van de werktijd is. Zij lezen dat het ontlasten van medewerkers door verscheidene doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen onderdeel is van het verminderen van de administratietijd. Zijn er al pilots geweest met deze verschillende doorbraakprojecten waaruit blijkt dat deze projecten daadwerkelijk bijdragen aan de afname van administratietijd?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn van mening dat Artificial Intelligence (AI) een toegevoegde waarde kan zijn wanneer het de kwaliteit van zorg verbetert en zorgverleners ontlast. Voor genoemde leden staan privacy en veiligheid in dit vraagstuk voorop en mag het niet tot het vervangen van menselijk contact leiden als dat wel gewenst is. Deze leden lezen dat het ministerie verantwoordelijk is om de overkoepelende aanpak AI te ontwikkelen. Worden hier kaders in opgenomen waarbij privacy en veiligheid van de patiënt en zorgverlener centraal staan? Wordt er ook in opgenomen dat het geen menselijk contact mag vervangen als menselijk contact gewenst is?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd hoe het afwenden van het arbeidsmarkttekort samengaat met de keuze van dit kabinet om het stagefonds te schrappen? Dit soort fondsen waren bedoeld om jonge mensen en zij-instromers ervaring te laten opdoen in de zorg. Welke alternatieven zullen hiervoor komen? En worden de verschillende sectoren betrokken bij het bedenken van dit soort alternatieven, zoals bijvoorbeeld ook de gehandicaptensector en de jeugdzorgsector? Genoemde leden krijgen namelijk signalen dat de zeggenschap over de opleidingsgelden nu bij andere zorgbranches worden belegd. Dit terwijl de gehandicaptenzorg en de jeugdzorg beiden ook sectoren zijn met grote uitdagingen op het terrein van arbeidsmarkt en opleidingen. Krijgen deze sectoren ook de mogelijkheid om gelijkwaardig en volwaardig deel te nemen aan gesprekken over de arbeidsmarkt en mee te delen in de middelen? Want er worden middelen vrijgemaakt voor het opleiden van

zorgpersoneel, de aanpak van zorgfraude en een stevigere samenwerking met het sociaal domein, allemaal zaken die ook relevant zijn voor de gehandicaptensector en de jeugdzorg. Graag een reactie van de minister op deze punten.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het AZWA wil inzetten op domein overstijgend indiceren. Genoemde leden delen de achterliggende gedachte van dit voorstel. Wel vragen zij of dit niet tot extra werkdruk leidt voor wijkverpleegkundigen. Zijn deze voorstellen in goed overleg met verpleegkundigen zelf tot stand gekomen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de met het AZWA de inzet van arbeidsbesparende medische technologie wordt bevorderd. Zij lezen dat er meer aandacht nodig is voor de behoeften bij het ontwikkelen, implementeren en opschalen van arbeidsbesparende technologie (digitalisering, AI en medtech), zodat dit daadwerkelijk leidt tot arbeidsbesparing, meer werkplezier en verhoogde arbeidsproductiviteit en de ervaren kwaliteit van zorg en leven van de patiënt. Ook hier gelden voor deze leden dat privacy en veiligheid in dit vraagstuk voorop staan en het niet mag leiden tot het vervangen van menselijk contact als dat wel gewenst is. Worden hier kaders in opgenomen waarbij privacy en veiligheid van de patiënt en zorgverlener centraal staan? Wordt er ook in opgenomen dat het geen menselijk contact mag vervangen als menselijk contact gewenst is?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het van cruciaal belang dat zorgmedewerkers niet van bovenaf allemaal nieuwe regels gedicteerd krijgen, maar dat zij meer zeggenschap krijgen in hun werk. Kan bij elk van de punten [A1, 2, 3, 4, 5, en B1, 2, 3] worden toegelicht hoe zorgmedewerkers zijn meegenomen in deze afspraken en in hoeverre deze worden onderschreven door zorgmedewerkers?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat een doel is het verstevigen samen de instroom, om vroege uitval te voorkomen. Genoemde leden lezen echter niks over verbeterde arbeidsvoorwaarden voor zorgmedewerkers, terwijl er een loonkloof bestaat tussen de zorg en welzijn sector en andere sectoren. Waarom is het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden van zorgmedewerkers geen onderdeel van het AZWA?

Naar aanleiding van het onderdeel “Gelijkwaardige toegang tot zorg” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Zij onderschrijven de inzet op het gebied van gelijkwaardigere toegang tot zorg. Zij achten het van groot belang dat de toegang tot zorg voor iedereen gelijk is, ongeacht iemands opleidingsniveau of in welke mate diegene de wegen binnen ons zorgsysteem kent. Het is wat deze leden betreft van belang dat in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) wordt onderzocht welke elementen en maatregelen bijdragen aan een gelijkwaardige toegang tot zorg, waarbij onder andere onderzoek wordt gedaan binnen de subgroep van mensen die zorg mijden. Het mag wat deze leden betreft echter niet bij een onderzoek blijven. Welke maatregelen en concrete acties gaat de minister, los van het onderzoek en het afwachten van de resultaten daarvan, nemen die de gelijkwaardige toegang tot zorg verbeteren, met name voor mensen met een kleine portemonnee? Kan de minister concreet aangeven per maatregel en afspraak in het AZWA hoe deze daaraan bijdragen en welke doelstellingen eraan gekoppeld zijn?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie onderschrijven het belang van de specifieke aandacht in het onderzoek naar de toegang tot zorg voor mensen met een lage sociaaleconomische positie (SEP)/sociaaleconomische status (SES). Hoe worden juist deze groepen, waaronder zorgmijders die lastiger te bereiken zijn, benaderd en betrokken bij het

onderzoek? Hoe wordt ervoor gezorgd dat er een goede representatie van deze groepen wordt meegenomen in het onderzoek? Daarnaast lezen betreffende leden dat de zorgvraag door de halvering van het verplichte eigen risico naar verwachting zal groeien. Wat zijn de verwachte effecten voor groepen die nu zorg mijden of een lage SEP of SES hebben?

Daarnaast lezen deze leden in de paragraaf over het landelijk dekkend netwerk voor digitale zorgondersteuning dat op dit moment veel mensen moeite hebben om mee te komen met de digitale transformatie, waardoor zij drempels ervaren bij het gebruik van digitale en hybridezorg en –ondersteuning. Dit belemmert de volledige benutting van de kansen die digitalisering in de zorg biedt en zet de toegang tot zorg onder druk. In hoeverre beïnvloedt dit de verwachtingen rondom digitalisering en AI en het terugdringen van de arbeidstekorten in de zorg? En wat zijn daarnaast de verwachte effecten van de uitgezette acties en afspraken op het gebied van wachttijden in de medisch specialistische zorg (C3b) en op het gebied van het verbeteren van de normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden? Op welke termijn worden hier de eerste positieve effecten van verwacht?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn positief over de afspraken die zijn gemaakt om het inzicht in de wachtlijsten van de ggz te verbeteren om op die manier ook zorgbemiddeling mogelijk te maken. Wel vragen zij waarom de afspraken hiertoe zo lang op zich hebben laten wachten. Al jaren stellen deze leden vragen over betere wachtlijstinformatie en zorgbemiddeling, zeker omdat dit laatste gewoon een taak is van de zorgverzekeraar. Ook via het Integraal Zorgakkoord zou informatie beter in beeld komen, is dit onvoldoende van de grond gekomen? Hoe gaat er gezorgd worden dat dit bij het AZWA wel van de grond komt? Hetzelfde geldt voor de bijbehorende ambitie. In het IZA werd nog als doel gesteld dat eind 2026 de gemiddelde wachttijd voor iedere zorgvraagtypering 5 weken (één tot twee weken voor de intake en drie tot vier weken tot start behandeling). Genoemde leden constateren dat deze ambitie bij lange na niet is gehaald. Nu lezen zij in het AZWA dat in 2028 iedereen hulp moet krijgen binnen de afgesproken wachttijd in de ggz. Dat is minder ambitieus dan het IZA, maar nog steeds een forse opgave. Wordt deze ambitie wel realistisch geacht? Zo ja, hoe gaat de minister daarvoor zorgen? En is de minister ook bereid om tussentijds op te schakelen als de ambitie uit beeld lijkt te raken? Want deze leden vinden ambities goed, maar als deze telkens niet gehaald worden, dan is het ook de vraag waarom deze steeds zo hoog worden gesteld en of er voldoende urgentie wordt gegeven aan het halen van de ambitie.

Naar aanleiding van het onderdeel “Beweging naar de voorkant” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden onderschrijven ten eerste de noodzaak van het versterken van de eerstelijnszorg en het waarborgen van een duurzame continuïteit van de huisartsenzorg. Zij zijn van mening dat het van cruciaal belang is dat meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie werken. Dat kan bij een praktijkhouder, maar ook bij een huisarts in loondienst. Ziet de minister hier ook een rol weggelegd voor gezondheidscentra, waarbinnen huisartsen in loondienst samen kunnen werken met een vaste patiëntenpopulatie? Zo ja, hoe is dit opgenomen in het AZWA? En welke rol ziet de minister weggelegd voor de oprichting van gezondheidscentra voor zorgverzekeraars, die immers hun zorgplicht moeten naleven en hier ook baat bij hebben? Daarnaast vragen deze leden hoe het staat met de opzet van het landelijk systeem waarmee inzicht ontstaat welke huisartsenpraktijken plek hebben voor nieuwe patiënten, zodat de bijna 1 miljoen Nederlanders die op zoek is naar een (nieuwe) huisarts makkelijker kunnen wisselen van praktijk. Zal dit systeem inderdaad eind 2025 operationeel zijn?

Ook vragen genoemde leden hoe maatwerk per regio, waarin partijen afspraken maken over financieel maatwerk om continuïteit van huisartsenzorg te borgen, zich verhoudt tot de steun van zorgverzekeraars aan huisartsen bij de oprichting van nieuwe praktijken die volgend jaar structureel wordt. Hoe kunnen beiden elkaar versterken? En wat doet de minister nog meer om de huisvestingsproblematiek op te lossen? Is de minister bereid opnieuw te kijken naar de rol van gemeenten en provincies, die bij nieuwbouwplannen bijvoorbeeld ruimte kunnen maken voor zorgvoorzieningen, iets waar ook huisartsenverenigingen voor pleiten in aanvulling op de andere maatregelen die worden genomen? In de initiatiefnota “Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg” van het lid Bushoff zijn zestien actiepunten geformuleerd voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. Uw voorganger, voormalig minister Agema, gaf aan voor twaalf van de zestien punten overeenstemming te zien en mee te nemen in het AZWA. Kan voor deze twaalf punten uiteen worden gezet hoe deze precies worden meegenomen en waar deze leden dit kunnen vinden in het akkoord?

Voorts willen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie graag weten in hoeverre de minister bereid is commercialisering verder terug te dringen in de huisartsenzorg. De speerpunten in het AZWA, waaronder duurzame continuïteit van huisartsenzorg, huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie en voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten), staan immers haaks op diverse ervaringen met commerciële partijen die puur gericht waren op winst en daarmee zorg op de tweede plek zetten. Zo onttrokken partijen als Co-Med zich bijvoorbeeld volledig aan de verantwoordelijkheid voor het verdelen van ANW-diensten en sluiten commerciële partijen zich vaak niet aan bij een huisartsenpost. Hoe kijkt de minister hiernaar en hoe komt dit terug in het AZWA zodat de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg daadwerkelijk geborgd kan worden?

Het stemt deze leden tevreden dat er geld vrij wordt gemaakt voor het gordelroosvaccin, zodat minder patiënten last hebben van deze ziekte en de toegankelijkheid van het vaccin niet meer afhankelijk is van de dikte van je portemonnee. Kan de minister nader toelichten hoe er invulling wordt gegeven aan dit programma? Welke leeftijdsgroepen komen precies in aanmerking voor het gordelroosvaccin?

Naar aanleiding van het onderdeel “Passende zorg” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden lezen dat het AZWA bijdraagt aan impactvolle passende zorg door opschaling en contractering. Daarnaast lezen zij dat onderdeel van het AZWA is dat gecontracteerde zorg wordt gestimuleerd en niet-gecontracteerde zorg wordt ontmoedigd. Kan nader worden toegelicht wat het AZWA bekend voor de vrije artsenkeuze voor patiënten? Kan ook nader worden toegelicht hoe deze specifieke afspraken bijdragen aan het verminderen van het arbeidsmarkttekort?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden de medicijntekorten in Nederland schrijnend. Genoemde leden onderschrijven dan ook het doel om de toegang van bestaande geneesmiddelen voor patiënten te verbeteren. In het AZWA lezen zij dat alle betrokken partijen gezamenlijk gedragen bestuurlijke afspraken maken die gericht zijn op betere beschikbaarheid van geneesmiddelen. Wie neemt hier de regio en hoe wordt gemonitord of partijen zich aan de afspraken houden? En wat wordt er, naast de afspraken in het AZWA die vooral bestuurlijk en procedureel van aard zijn, gedaan om de grondoorzaak van de geneesmiddelentekorten aan te pakken, waaronder het tekort aan grondstoffen?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden het schokkend en zeer zorgelijk dat de schatting is dat er voor €10 miljard wordt gefraudeerd in de zorg. Dit is publiek geld waar mensen keihard misbruik van maken. Als deze €10 miljard goed besteed zou worden, kunnen we bijvoorbeeld de zorgpremie terugbrengen naar honderd euro en tandartsbehandelingen in het basispakket opnemen. Het is dan ook goed dat het aanpakken van fraude onderdeel is van het AZWA. Echter, er zijn nog grote te stappen te zetten om fraude in de zorg echt aan te pakken. In het AZWA ligt veel focus op signalering en meldingen van fraude. Kan worden toegelicht hoe het AZWA hieraan gaat bijdragen? Hoe draagt het AZWA bij dat mensen die eerder gefraudeerd hebben in de zorg in de toekomst uit de zorg worden geweerd?

Naar aanleiding van het onderdeel “Financiën” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden lezen dat in het Hoofdpijnenakkoord is opgenomen dat “aan het verlengen van het zorgakkoord een extra besparing gekoppeld van €250 miljoen in 2027 en €590 miljoen in 2028.” Kan de minister nader toelichten waar deze besparing precies terecht komt? Genoemde leden lezen dat voor het opvangen van de extra zorgvraag als gevolg van het verlagen van het eigen risico €2,3 miljard is vrijgemaakt. Hoeveel geld is beschikbaar voor middelen om de extra zorg te betalen? Is dat voldoende voor prognoses van de extra zorgvraag? In hoeverre dragen de doorbraakmiddelen en middelen om de beweging aan de voorkant te stimuleren om deze extra kosten te remmen?

Naar aanleiding van het onderdeel “Voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA)” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Allereerst hebben zij vragen over een actuele kwestie, namelijk het recente bericht¹ dat per 12 september er geen transformatiemiddelen IZA meer beschikbaar zijn voor transformatieplannen die nog niet goedgekeurd zijn. Deze leden begrijpen dat dit nieuws bij zorgorganisaties hard is binnengekomen, omdat zij soms al jaren plannen aan het maken waren met verschillende partijen samen en nu waarschijnlijk achter het net vissen, waardoor deze plannen geen doorgang kunnen vinden. Hoe kijkt de minister hiernaar? Is bekend hoeveel plannen geen doorgang meer kunnen vinden? Wanneer was bekend dat het einde van de pot transformatiemiddelen in zicht was? Wanneer is dit gecommuniceerd met het zorgveld? Wat betekent dit voor de plannen die wel door zorgorganisaties zijn gemaakt, maar nu niet zijn goedgekeurd? Zijn er nog eventuele alternatieve routes hiervoor?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd wat deze uitputting van de middelen doet voor de beweging van het IZA? Zeker gezien de conclusie van de demissionaire regering bij de uitkomsten van de zogenaamde mid-term review, die naar de Kamer is gestuurd: “De uitkomsten van de MTR bevestigden dat verandering een proces is van de lange adem. Het tempo van de transformatie van zorg en welzijn moet fors omhoog, de samenhang moet worden versterkt en de focus worden verbreed”². Als het tempo van de transformatie omhoog moet, hoe gaat dit samen met de uitputting van de transformatiemiddelen, waardoor plannen niet door kunnen gaan?

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de beleidsimpactanalyse van het KPMG over de aanvullende IZA- en GALA-afspraken. Hoe beziet de minister het feit dat het effect van veel maatregelen, waaronder het beperken van administratieve lasten en de invloed van technologische innovatie en AI, door KPMG

¹ De juiste zorg op de juiste plek, 15 september 2025, <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/Transformatiemiddelen%20volledig%20benut/>

² Kamerstuk 31 765, nr. 941. [Kamerbrief resultaten monitoring Integraal Zorgakkoord | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

moeilijk in te schatten is omdat voor een groot deel nog onduidelijk is hoe hier invulling aan gegeven zal worden? Hoe beoordeelt de minister de negatieve effecten en risico's die door KPMG benoemd worden bij technologische innovatie en AI, waaronder de tijdelijke toename van werkdruk en het risico op verminderde sociale interactie met de patiënt? Deelt de minister de zorgen over de kwaliteit van onze zorg wanneer persoonlijke zorgmomenten vervangen worden door beeldschermzorg? Kan de minister garanderen dat menselijk contact, indien nodig en gewenst, leidend blijft? Hoe wordt daarnaast het risico op onbetrouwbaarheid van apparatuur en systemen ondervangen, waaronder de risico's op storingen of defecten, die immers veel effect kunnen hebben op de continuïteit van zorg en veiligheid voor patiënten? En hoe gaat gewaarborgd worden dat patiënten die geen volledige toegang tot technologie hebben, of dat nou vanwege het ontbreken van financiële middelen of door het ontbreken van digitale vaardigheden is, niet zullen leiden tot ongelijkheid in de toegang tot zorg waardoor deze groepen uiteindelijk slechter af zijn?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van deze brief en bijlagen. Ze hebben nog de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie hebben vernomen dat inmiddels het definitieve Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord ondertekend is. Kan de minister aangeven hoe het onderhandelaarsakkoord en deze definitieve versie zich tot elkaar verhouden? Zijn er inhoudelijke of andersoortige verschillen tussen beide versies?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er inmiddels 168 acties zijn afgerond, 231 acties op schema lopen, 25 acties achterlopen en 20 acties nog niet zijn gestart. Dit klinkt alsof er (grotendeels) voortvarend te werk wordt gegaan. Tegelijkertijd vernemen deze leden kritiek op het Integraal Zorgakkoord, te weten dat er weinig concrete punten behaald worden. Is de minister het met deze kritiek eens? Zo ja, wat bent u van plan om ervoor te zorgen dat het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord wel concrete vruchten afwerpt? Zo nee, kan de minister toelichten waarom hij deze kritiek niet deelt? Kan de minister toelichten op welke manier hij voornemens is om bij het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord de voortgang wel effectief te monitoren?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er inmiddels €3 miljard aan transformatiemiddelen is aangevraagd, van de beschikbare €2,4 miljard. Kan de minister inzicht geven hoeveel van deze aanvragen daadwerkelijk toe worden gekend? Denkt de minister met de huidige aanvragen de beschikbare €2,4 miljard uit te putten? Is er toezicht waar de toegekende transformatiemiddelen daadwerkelijk aan worden uitgegeven, door de zorgverzekeraar of een andere instantie?

De leden van de VVD-fractie lezen dat het relatief hoge ziekteverzuim in de sector een aandachtspunt blijft. Welke specifieke menselijke factoren spelen er mee die gereduceerd kunnen worden om uitval van medewerkers te voorkomen? Ook lezen deze leden dat 30% van de vrouwen gehinderd wordt door vrouwspecifieke aandoeningen, met substantiële gevolgen voor werk en ziekteverzuim. Genoemde leden vragen op welke specifieke manier er samenhang is tussen het AZWA en de nationale strategie vrouwengezondheid als het aankomt op ziekteverzuim en vitaliteit van de zorgprofessionals.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er in 2027 en in 2028 eenmalig €400 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor projecten die zorg- en welzijnsorganisaties ontlasten. Genoemde leden zien kansen in het versterken van het sociaal domein om de zorg te ontlasten. Zij zijn daarom blij dat het kabinet deze stap durft te zetten. Kan de minister verduidelijken wat voor soort projecten dit zijn? En kan de minister wellicht een voorbeeld noemen van een goedlopend project die professionals in zorg en welzijn ondersteunt en ontlast?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er structureel €185 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor het opleiden en ontwikkelen van zorg- en welzijnsprofessionals buiten het ziekenhuis. Genoemde leden zijn van inzicht dat het investeren in de ontwikkeling van de extramurale zorg en ondersteuning noodzakelijk is om de zorg toegankelijk te houden, en erkennen dat deze ontwikkeling begint bij professionals. Opleiding- en ontwikkelprogramma's blijken echter fraudegevoelig. Deze leden willen dat dit geld ten goede komt aan zorg- en welzijnsprofessionals en niet in de zakken van zorgcriminelen terecht komt. Welke maatregelen neemt de minister om criminelen, die worden aangetrokken door deze extra financiële middelen, te weren?

De leden van de VVD-fractie merken op dat de aanpak van fraude een belangrijk aspect is van het AZWA. Zij zijn verheugd dat dit probleem extra aandacht krijgt. Het delen van signalen van fraude met het informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) is sinds 1 januari 2025 operationeel. Wat zijn de ervaringen in de eerste paar maanden sinds het operationeel worden van het gegevens delen met stichting IKZ? Wat zijn de knelpunten en hoe worden deze knelpunten weggenomen zodat op 1 januari 2026 het delen van gegevens met stichting IKZ volledig functioneel is?

De hoeveelheid administratieve handelingen in de zorg is groot. De leden van de VVD-fractie steunen het kabinet in reducering van de regeldruk. Genoemde leden lezen over het opschalen van het transitieprogramma ggz. Zij vragen wanneer hier de eerste resultaten van verwacht worden.

Tot slot lezen de leden van de VVD-fractie dat de speciaal gezant passende zorg aanraadt "doelen te expliciteren op politieke koer". Houdt dit in dat de politiek meer sturing moet aanbrengen in het proces? Graag een toelichting.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie zijn blij dat er een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is gesloten. Samenwerking is van essentieel belang in deze tijden van schaarste van zorgpersoneel en om tijdig de juiste passende zorg te geven. Wel hebben deze leden een aantal vragen over met name het AZWA zelf.

Genoemde leden lezen in het AZWA over de inzet van informele zorg. Hoe wordt voorkomen dat de informele zorg overbelast wordt? Daarnaast zijn juist professionele zorgverleners vaak ook mantelzorger, hoe wordt voorkomen dat professionele zorgverleners minder gaan werken zodat zij ook hun mantelzorgtaken kunnen vervullen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat een doel van het AZWA is om 100.000 zorgverleners te besparen. Wat is de huidige stand van zaken van diverse functies van zorgverleners.

Hoeveel zorgverleners werken achter het bureau en geven geen direct zorg? Op welke functies van zorgverleners zou bezuinigd moeten worden?

De leden van de NSC-fractie lezen vele voornemens voor passende zorg. Maar de prikkel voor financiering per behandeling is niet weggenomen. Inkomsten van medisch specialisten en ziekenhuizen worden minder als er passende zorg wordt gegeven, blijkt uit ervaringen van ziekenhuizen Bernhoven en Rivas. Is de minister ook van plan om de financiering aan te pakken zodat de prikkel tot onnodige behandelingen en diagnostiek wordt voorkomen? Is de minister tevens van plan dat medisch specialisten in loondienst worden genomen zodat de prikkel voor behandelen weg is?

Genoemde leden lezen een groot aantal afspraken met heldere taken. Toch zijn de doelen niet specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) geformuleerd. Kunnen er aanvullingen komen op de ambities met SMART doelen? Wie controleert of de ambities worden uitgevoerd? Is daar een onafhankelijke commissie voor?

De leden van de NSC-fractie lezen dat AI wordt ingezet voor verminderen van tijd die medewerkers kwijt zijn aan diagnostiek. Genoemde leden vermoeden dat er ook veel dubbele en onnodige diagnostiek is. Kan de minister toelichten hoe op verminderen van diagnostiek wordt ingezet?

De leden van NSC-fractie lezen met interesse in het AZWA dat de regeldruk wordt verminderd. Er zijn echter al jarenlang projecten om de regeldruk te verminderen, die tot nu toe niet zijn gelukt. Is er een analyse waarom het tot nu toe niet is gelukt de regeldruk te verminderen? Waarom denkt de minister dat het nu wel gaat lukken? Ook lezen deze leden dat niet ingezet wordt op het verminderen van kwaliteitsregistraties, waarom wordt daar niet op ingezet? Ook lezen genoemde leden niet dat de zorgverzekeraars hier een rol in hebben, waarom wordt hun rol en taakstelling niet meegenomen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat partijen afgesproken hebben om "wachtnijstgegevens accuraat en transparant inzichtelijk te maken voor zorgverzekeraars, verzekerden/patiënten en verwijzers, zodat reëel inzicht verkregen wordt in wie waar op de wachtnijst staat en hoe lang. Dit inzicht in de vraag naar zorg in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt verkregen door de retrospectieve wachttijden af te lezen vanuit het declaratiebericht en de prospectieve wachttijden (actueel wachtenden) af te lezen vanuit de verwijsgegevens. Ook wordt er gewerkt aan het inzichtelijk maken van het beschikbare aanbod/capaciteit van de zorgaanbieders en het beter inzichtelijk maken van de hulpvraag (klachtenprofiel). Deze gegevens worden bij elkaar gebracht in een digitale tool, wat het voor partijen mogelijk maakt om te komen tot matching van vraag en aanbod." Met het recente datalek bij bevolkingsonderzoek (BVO) nog in gedachten, hoe gaat de minister deze privacygevoelige data beschermen? Specifiek met betrekking tot het verlenen van inzage in het klachtenprofiel van zorgvragers aan zorgverleners, vragen genoemde leden of dit geen inbreuk is op de privacy van patiënten.

Op pagina 50 lezen de leden van de NSC-fractie dat de normen voor de wachttijden geactualiseerd zullen worden. Kan dit betekenen dat in zorgdomeinen waar de wachtnijsten momenteel erg lang zijn, zoals de ggz, dit een versoepeling ten opzichte van de Treeknormen kan betekenen?

Op pagina 50 lezen de leden van de NSC-fractie tevens dat gedifferentieerd zal worden tussen cruciale ggz en overige ggz. Hier kunnen deze leden zich in vinden. Zij willen echter wel graag meer weten over hoe de cruciale ggz gedifferentieerd zal worden? Is dit op basis van het type mentale stoornis, of wordt hierbij ook het behandelverleden meegenomen en de ervaren lijdensdruk en het risico op suïcide?

Op pagina 58 lezen de leden van de NSC-fractie over de doelstelling dat zorgverleners vroegtijdig het gesprek met patiënten aangaan over de laatste fase van het leven. Genoemde leden zijn het hiermee eens. Zij willen echter wel graag voorkomen dat hierin een glijdende schaal ontstaat en hebben daarom nog enkele vragen. Hoe kan de minister voorkomen dat ouderen door dit type gesprek zichzelf als last gaan zien of op andere wijze enige vorm van druk ervaren om een behandeling te staken, dan wel om euthanasie te vragen? Hoe wil de minister voorkomen dat deze gesprekken ertoe zullen leiden dat mogelijk relevante behandelingen niet meer gedaan worden bij ouderen vanuit het oogpunt van kostenbesparing? Hoe kan de minister voorkomen dat de curatieve zorg te vroeg gestopt wordt bij met name ouderen in het kader van levenseinde gesprekken?

In het AZWA lezen de leden van de NSC-fractie over remgelden (pagina 93). Dit is een nieuw begrip. Wat bedoelt de minister hier precies mee? Zoals deze leden het begrijpen zijn dit eigen bijdragen van patiënten voor de zorg die zij ontvangen, is dit correct? Zo ja, worden deze remgelden dan in mindering gebracht op het eigen risico van patiënten of komt het daar nog bovenop? Veel geld wordt ingezet voor de remgelden die bedoeld zijn om de toenemende zorgvraag in te perken. Graag vernemen de genoemde leden van de minister voorbeelden van elke sector op welke manieren de remgelden worden ingezet. Hoe wordt gegarandeerd dat remgelden op korte termijn bezuinigingen opleveren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie van D66 kennisgenomen van de brief van de minister over de kwaliteit van zorg, het AZWA en de voortgang van het IZA. Daartoe hebben deze leden verdere vragen.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat het AZWA rond is, en dat er een aantal mooie voorstellen in staan zoals de gordelroosvaccinatie en de MRI-screening voor vrouwen met dicht borstweefsel. Echter hadden deze leden graag meer van deze toekomstgerichte en doortastende maatregelen gezien in het AZWA, met veel meer focus op en aandacht voor preventie. Dit is ontzettend hard nodig in het belang van een houdbare zorg.

De intensivering van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) is een mooie stap, zo zien ook de leden van de D66-fractie. Echter ontstaat er voor 2026 een tekort van €5 miljoen, wat grote problemen voor de GGD'en veroorzaakt. Voor de recent bekendgemaakte begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is er €3 miljoen extra vrijgemaakt voor de SPUK-gezondheidszorg, waarmee dit probleem deels opgelost kan worden. Echter blijft er hierdoor een gat bestaan van €2 miljoen, wat problemen voor de GGD veroorzaakt. Zij zullen hierdoor moeten stoppen of sterk minderen met het leveren van bepaalde diensten, om deze vanaf 2027 weer op te starten als de financiering weer gerepareerd wordt. Dit is natuurlijk ontzettend inefficiënt, en ook zeker negatief als we het hebben over goede gezondheidszorg en het belang van preventie. De leden van de D66-fractie vragen of het correct is dat er in de begroting eenmalig €3 miljoen extra vrij is gemaakt, waardoor er een tekort van €2 miljoen overblijft in 2026. Zo ja, dan vragen de leden van de

D66-fractie waarom ervoor gekozen is om het gat van €5 miljoen maar deels te vullen. Daarnaast vragen zij of het kabinet dan bereid is om te zoeken naar aanvullende financiering van €2 miljoen om dit gat volledig te vullen en de Kamer daarover te informeren voorafgaand aan de behandeling van de VWS-begroting.

In de brief van 17 september jl. met de reactie op onderzoek herintroductie verzorgingshuizen geeft de staatssecretaris aan dat er middelen oplopend tot €470 miljoen beschikbaar zullen zijn, waarmee gekeken gaat worden naar de invulling van extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of dit financiële consequenties zal hebben voor de ambities die gesteld zijn in het AZWA.

De leden van de D66-fractie achten het van groot belang dat de afspraken die gemaakt zijn in het AZWA en de daadwerkelijke uitwerking hiervan voldoende gemonitord zullen worden. Daartoe vragen deze leden op welke wijze de monitoring van het AZWA concreet ingericht zal worden. Daarnaast vragen genoemde leden op welke wijze de resultaten van de monitoring teruggekoppeld zullen worden naar de Kamer en naar betrokkenen zoals patiënten en cliënten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het “Onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en de voortgangsrapportage van het Integraal Zorgakkoord (IZA)”. Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

Om te beginnen willen de leden van de BBB-fractie stilstaan bij de effectiviteit van het IZA. Ondanks de goede intenties en de inzet van miljarden euro's aan transformatie en doorbraakmiddelen, blijkt uit de voortgangsrapportage dat veel middelen blijven hangen in papier, overlegstructuren en monitoring. De werkdruk in de praktijk blijft hoog, het personeelstekort neemt toe en wachttijden blijven boven de norm. Kan de minister inzichtelijk maken hoeveel van de middelen uit het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) daadwerkelijk zijn terechtgekomen bij concrete projecten in de zorgpraktijk, en hoeveel is uitgegeven aan overleg, monitoring en administratie? Welke lessen trekt de minister uit het feit dat eerdere akkoorden onvoldoende tastbare resultaten hebben opgeleverd voor patiënten en zorgverleners? Is de minister bereid om een groter deel van de beschikbare middelen van akkoorden direct te investeren in projecten die de zorgpraktijk versterken, zoals regionale ziekenhuizen, innovatief personeelsbeleid, voorzieningen en samenwerking?

Daarnaast constateren de leden van de BBB-fractie dat de administratieve lasten in de zorg nog steeds hoog zijn, ondanks de afspraken in het IZA over het terugdringen van regeldruk. Hoe wordt geborgd dat nieuwe afspraken uit het AZWA daadwerkelijk leiden tot minder regeldruk en meer tijd voor de patiënt?

Verder zien genoemde leden dat de inzet van zorgprofessionals voor het bedienen van regionale aanmeldportalen fors lijkt te zijn, met een directe impact op de beschikbare zorgcapaciteit. Kan de minister aangeven hoeveel fte aan zorgprofessionals momenteel structureel wordt ingezet voor het bedienen van regionale aanmeldportalen, en hoeveel directe zorgcapaciteit hierdoor feitelijk verdampt?

De leden van de BBB-fractie constateren dat de digitale aanmeldportalen zijn bedoeld om het proces te stroomlijnen, maar uit de praktijk blijkt dat slechts een zeer klein percentage van de aanvragen niet direct werd opgepakt, terwijl nu 100% via een portaal moet lopen. Hoe weegt de minister de meerwaarde van deze digitale aanmeldportalen, gegeven dat uit de praktijk blijkt dat slechts een klein percentage van de aanvragen niet direct werd opgepakt, terwijl nu 100% van de aanvragen via een portaal moeten lopen?

Ook wijst de Internationale literatuur op de productivity paradox: digitale innovaties kunnen leiden tot hogere administratieve lasten en lagere productiviteit. Is de minister bekend met de internationale literatuur over de productivity paradox (Brynjolfsson, 1993), waarin digitale innovaties vaak leiden tot hogere administratieve lasten en lagere productiviteit? Hoe verhoudt dit zich tot de invoering van aanmeldportalen in de wijkverpleging?

Daarnaast werken beleidsinstrumenten die de autonomie van professionals beperken vaak contraproductief, aldus Lipsky (1980). Deelt de minister de analyse van Lipsky (1980) dat beleidsinstrumenten die de autonomie van professionals beperken, vaak contraproductief uitwerken? Hoe borgt de minister dat digitale systemen zoals aanmeldportalen de handelingsruimte van wijkverpleegkundigen niet verder inperken?

Verder ontvangen de leden van de BBB-fractie signalen vanuit de praktijk dat de invoering van regionale aanmeldportalen de zeggenschap en autonomie van wijkverpleegkundigen verkleint, doordat zij hun professionele oordeel moeten inleveren bij een geautomatiseerd systeem. Kan de minister bevestigen dat de invoering van regionale aanmeldportalen de zeggenschap en autonomie van wijkverpleegkundigen verkleint, doordat zij steeds vaker hun professionele oordeel moeten inleveren bij een geautomatiseerd plaatsingssysteem? Hoe verhoudt dit zich tot de IZA-doelstelling om juist het vakmanschap van de professional te versterken?

De leden van de BBB-fractie weten dat het doel van het IZA en AZWA domeinoverstijgende samenwerking is, maar in de praktijk leidt de veelheid aan regionale aanmeldportalen tot fragmentatie en extra bureaucratie. Hoe rijmt de minister het doel van het IZA en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking, met de praktijk dat er inmiddels een bonte verzameling aanmeldportalen per regio is ontstaan, wat juist leidt tot fragmentatie en extra bureaucratie?

Verder veroorzaakt een kleine groep complexe zorgvragen momenteel grootschalige administratieve lasten voor alle aanvragen. Welke alternatieven ziet de minister om de kleine groep complexe zorgvragen die niet direct worden opgepakt beter te adresseren, zonder dat dit leidt tot grootschalige administratieve lasten en verlies van zorgcapaciteit?

Ook is het van belang om de effecten van digitale aanmeldportalen op zorgcapaciteit, toegankelijkheid en professionele autonomie goed te monitoren. Op welke wijze monitort het ministerie de effecten van digitale aanmeldportalen op de feitelijke zorgcapaciteit, toegankelijkheid en de professionele autonomie? Is de minister bereid om dit onafhankelijk te laten evalueren en de Kamer hierover te informeren?

Verder hechten de leden van de BBB-fractie aan regionale zeggenschap en directe investeringen in de zorg. Kan de minister aangeven hoe regionale samenwerking concreet wordt gefaciliteerd en gefinancierd, en hoe wordt voorkomen dat regio's met minder zorgvoorzieningen achterblijven?

Ook vinden de leden van de BBB-fractie dat zorggeld vooral besteed moet worden aan de zorg tussen patiënt en professional zelf, en niet aan managementlagen, overleggen en administratie. Daarnaast vinden deze leden dat zorgverzekeraars hun winst weer zoveel mogelijk moeten investeren in de zorg. Kan de minister aangeven welk percentage van het zorgbudget op dit moment besteed wordt aan management, overlegtafels en administratie, en welk deel daadwerkelijk terechtkomt bij zorgverleners en patiënten? Is de minister bereid om een norm in te voeren voor de maximale hoeveelheid tijd gestoken in management/overheid zonder directe zorgtaken? Wordt er binnen het AZWA en IZA actief gestuurd op het terugdringen van functies die “aan de zorg” werken in plaats van “in de zorg”? Zo ja, hoe wordt dit gemonitord en gerapporteerd? Is de minister bereid om wettelijk vast te leggen dat minimaal 50% van de gereserveerde winsten van zorgverzekeraars wordt ingezet voor onvoorziene omstandigheden, zoals acute wachttijdproblematiek?

Dan de arbeidsvoorwaarden. De leden van de BBB-fractie willen in dit schriftelijk overleg ook aandacht vragen voor de arbeidsvoorwaarde pensioen. Nederland kent een van de grootste pensioenverschillen tussen mannen en vrouwen in Europa: gemiddeld 40 tot 45 procent. Dit verschil is deels te verklaren door deeltijdwerk, maar ook werken vrouwen vaker in lager betaalde beroepen en laten onderzoeken zien dat vrouwen ook als ze exact hetzelfde werk doen als hun mannelijke collega's, gemiddeld minder verdienen. Juist in de sector zorg en welzijn, waar ruim 80% van de werknemers vrouw is, is dit ook een vraagstuk dat aandacht verdient. Kan de minister aangeven hoe groot de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen is in de sector zorg en welzijn? Is de minister bereid om bij de uitwerking van het AZWA expliciet aandacht te besteden aan de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen in zorg en welzijn? Wordt er binnen het AZWA ingezet op maatregelen die het makkelijker maken voor vrouwen om meer uren te werken als zij dat willen, aangezien deeltijdwerken ook van grote invloed is op de pensioenopbouw? Kan de minister toezeggen dat bij toekomstige arbeidsmarktafspraken binnen AZWA en IZA ook de pensioenkloof wordt meegenomen als indicator voor gelijkwaardigheid en bestaanszekerheid?

Tot slot willen de leden van de BBB-fractie dat de minister reflecteert op de governance en sturing binnen het IZA en AZWA. Uit het rapport “Pionieren in niemandsland” blijkt dat structurele samenwerking tussen het sociaal en medisch domein moeizaam tot stand komt door gebrek aan regie, versnipperde financiering en onvoldoende gelijkwaardigheid. Is de minister bereid om regionale tafels met gezamenlijke regiobudgetten in te richten, zoals aanbevolen in het rapport “Pionieren in niemandsland”? Wordt er gewerkt aan een leerstructuur en kennisdeling tussen regio's, zodat succesvolle domeinoverstijgende initiatieven kunnen worden opgeschaald en niet iedere regio steeds opnieuw het wiel hoeft uit te vinden?

II. Reactie van de minister